AIDS Case Management Program (CMP)

Consentimiento de Participación

Nombre del Cliente: _____ # de Expediente _____

Yo he sido informado sobre los servicios del Programa de Manejamiento de Casos del SIDA (CMP). Entiendo que como parte de mi aplicación para recibir servicios de Manejo de Casos, el/la Enfermero/a deberá evaluar mi condición. La/el manejador de casos o trabajador/a social será responsable de coordinar servicios en mi casa. Yo entiendo que:

1. Yo participaré en el proceso de decidir que servicios recibiré y seré notificado de los servicios, y de cualquier cambio en éstos. Estos servicios se basan en la necesidad y disponibilidad de fondos. Ningún costo está relacionado con mi participación en este programa. Sin embargo, los costos asociados con mi cuidado se cobraran a otras entidades como poliza de seguro medico, antes de cobrarlos al programa.
2. El/la manejador/a de casos mantendrá información sobre mi progreso y diseñará un programa de servicios para mí. El tipo y la cantidad de estos servicios seran determinados por medio de sesiones individuales y de juntas de el equipo acargo de mi cuidado.
3. Entiendo que se me haran preguntas personales que incluyen; mi nombre, raza, género, salud y otra información importante. Ninguna información adquirida sera usada en contra mía ni se dará a conocer sin antes dar mi consentimiento como lo proveé la ley. Sin embargo, información general (sin ninguna clase de identificación personal) puede ser adquirida y usada en estudios o publicaciones de estos. Un certificado que obliga a los científicos que conducen estudios a mantener la confidencialidad se mantiene en archivo. El programa de CMP esta comprometido a mantener la mas estricta confidencialidad.
4. La información contenida en mi expediente sera vista solamente por el personal aprobado del programa, y otras personas que están a cargo de mi cuidado o como lo especifica la ley. Entiendo que mi caso pueda ser discutido en reuniones de casos, a las cuales asisten el personal del programa CMP, mi doctor y otras personas que me brindan servicios.
5. Mi participación en el programa de CMP es voluntario y yo puedo salir de el programa en cualquier momento sin represalias o pérdida de otros servicios por los cuales yo califico. Mi cuidado médico no se verá afectado por salirme del programa. Además, mi doctor puede darme de alta del programa si el/ella cree que es por mi bien.
6. Entiendo que necesito llenar todos los requisitos para el programa de CMP, los cuales incluyen necesidades y condición médica, y si llego a ser hospitalizado, yo no recibiré servicios mientras esté en el hospital. Estoy de acuerdo a seguir los reglamentos de el Programa como me lo han explicado.
7. Tengo el derecho de hacer preguntas de el programa de CMP en cualquier momento. Se me informará sobre cualquier cambio en el programa. Puedo manerme en contacto con mi trabajador/a de casos.
8. Estoy de acuerdo en cooperar con el personal de CMP y con los proveedores de cuidado. Consiento obstantemente de cualquier comportamiento hostil, ya sea verbal, abusivo, ó amenazante; al no cumplir con estos requisitos, mis servicios serán suspendidos.
9. Yo entiendo que los trabajadores profesionales de CMP tienen la obligación de reporter situaciones de abuso de los ancianos o de personas a cargo de alguien, abuso o negligencia de niños, y amenazas de suicidio o homicidio. Las razones por las cuales éstos reportes son necesarios, incluyendo ejemplos de situaciones reportables, me han sido explicadas.
10. Iniciales de el Cliente _____ Yo he recibido una copia de las Reglas de Quejas de la Agencia.

Iniciales de el Cliente _____ Yo he recibido una copia de los Derechos de el Cliente

Certifico que he leído y entiendo la información aquí escrita sobre el programa. Con mi firma indico que estoy de acuerdo a participar en el programa. Se me proporcionará una copia de este acuerdo en el momento que lo necesite.

Todas las preguntas sobre el programa han sido contestadas completamente. Si tengo preguntas en el futuro, llamaré a la siguiente persona al telefono: () _____ - _____

Firma de el Apicante _____

Fecha _____

Representate de la Agencia _____

Fecha _____